

鳥取県庁POS	¥18,000
 2 102260 301007	
手数料名:診療所開設許可手数料	
予算主務課:健康医療局医療政策課	
電話番号:0857-26-7173	

第2号様式

診 療 所 開 設 許 可 申 請 書														
1 名 称									電 話 番 号					
2 開 設 の 場 所														
3 診療を行なおうとする科目														
4 開 設 の 目 的														
5 維 持 の 方 法														
6 開設者が現に他の病院、診療所を開設しているとき	名 称													
	所 在 地													
7 管理者が現に他の病院、診療所を管理しているとき	名 称													
	所 在 地													
8 管 理 者	現 住 所													
	氏 名													
9 定 員	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	X 線 技 師	事 務 員	歯 科 技 工 士	看 護 手 助	そ の 他	計		
10 敷 地	面 積						平面図及び周囲の見取図			別添のとおり				
11 建物の構造概要及び平面図	造 塗 葺 階建													
	建 面 積						延 面 積							
	平 面 図		別添のとおり（各室の用途を表示すること）											
12 診 察 室	室 名	室 面 積	処置室兼用の場合その部分		暖 房 の 種 別	室 名	室 面 積	処置室兼用の場合その部分		暖 房 の 種 別				
	科					科								
13 手 術 室	室 面 積	構 造			照 明	清潔な手洗い設備（必須）		暖 房 の 種 別	準 備 室 の 有 無					
		床	壁	天井										
14 処 置 室	室 名		室 面 積			暖 房 の 種 別		給 水 設 備 の 有 無						

(診察室兼用の場合を除く)	科								
15 エックス線装置及びエックス線診療室	開設時設置予定のX線装置	固定の別 携 帯	用途	〔撮影治療 歯科の別〕	製 作 所	型 式	エックス線回路最大電圧		
	X 線 診 療 室	室 面 積	室内の構造概要及び 防護施設の状況		操作室の有無、大 き さ (m ²)	暗室の有無、大 き さ (m ²)	暖 房 の 種 別		
16 調 剤 室	室 面 積	採 光 面 積	外 気 解 放 面 積	麻 薬 金 庫 の 有 無	冷暗所の面 積及び構造	給 水 設 備	備 付 天 秤 (必 須)	投 薬 瓶 の消毒設備	
17 歯 科 治 療 室	室 面 積		採 光 面 積		技工室兼用部分(m ²)		技工室兼用の場合衝立等隔壁の有無		
18 歯 科 技 工 室 (治療室兼用の場合を除く)	室 面 積		採 光 面 積 又 は 照 明		防塵設備(必須)の種類				
9 廊 下 (9床以下の場合は記入不要。ただし、療養病床が1以上あれば記入要。内法で1.2m以上、両側に居室がある廊下は1.6m以上)	建 物 別	片側廊下又は 中廊下の別	患者の使用する廊下の幅			そ の 他 の 廊 下 の 幅			
20 階 段 (9床以下の場合は記入不要。ただし、療養病床が1以上あれば記入要。2階以上の階に病室を有する場合のみ記入)	建 物 別	患者が使用する かしの別	2階以上の各 階における 病室の床面 積 の 合 計	屋 内 の 直 通 階 段 (m)					避難階段の有 無
				幅	踊 場	蹴 上	踏 面	手すりの有無	
21 その他の施設及び設備 の有無、種類、大きさ等	消毒設備(必須)				事 務 室				
	洗 たく 設 備				待 合 室				

	汚物処理施設		分べん室及び新生児入浴設備								
	臨床検査設備										
	医局		看護師室								
22 給食設備	調理場 (m ²)	倉庫 (m ²)	防蝇設備の種類		消毒設備の種類						
23 便所	水洗汲み取りの別	患者が使用する しないかの別	便器数	手洗設備 の有無	防蝇設備の種類	床の構造					
24 住宅と併設の場合	診療所の使用面積：			住宅の使用面積：							
25 病室の構造設備	室番号	階別	収容人員	一室の 床面積	一人当りの 床面積	一室の 採光面積	直接外気 解放面積	天井の 高さ	床高	換気孔	暖房の種類別
患者収容定員 { 室床											
26 その他必要な事項	(消火用機械・器具)			(薬剤師氏名)							
27 開設予定年月日											
上記のとおり診療所を開設したいので許可して下さいをお願いします。 年 月 日 開設者住所 氏名 印 鳥取県西部総合事務所長 様											

添付書類：定款又は寄附行為、位置図、建物平面図、医師免許証の写し、麻酔科標榜許可証の写し、臨床研修修了登録証の写し、診療所開設許可申請手数料